

Radiologie und Nuklearmedizin  
Chefarzt: PD Dr. J. E. Roos

Anmeldung: nuk@luks.ch  
Telefon 041 205 46 67  
Fax 041 205 21 75

<p><b>Anmeldung zur PET/CT</b></p> <p><b>Luzerner Kantonsspital</b> <b>Nuklearmedizin</b> <b>PET/CT Zentrum Zentralschweiz</b></p> <p>Spitalstrasse CH-6000 Luzern 16</p> <p><b>Fax 041 205 21 75</b></p>	<p><b>Patient(in)</b></p> <p>Name Vorname Geb.Dat.</p> <p>Strasse PLZ Ort /</p> <p>Tel. P. Tel. G. Tel. N.</p> <p style="text-align: right;">männlich      weiblich</p>
<p><b>Zuweisender Arzt (Stempel)</b></p>	
<p><b>Kopie an</b></p>	<p style="text-align: right;">KK      Unfall</p> <p>Versicherung Unfall-/Police-Nr.</p>

**Bitte sorgen Sie dafür dass uns die Voruntersuchungen zur Verfügung stehen. Termine wollen Sie bitte möglichst telefonisch mit uns vereinbaren. Tel. 041 205 46 67 Termin vereinbart für (Datum/Uhrzeit):**

**Gewünschte Untersuchung:**

**PET/CT**

Hirn      Herz  
Tumor (Teilkörper/Ganzkörper)  
andere (welche?):

**Tracer**

FDG      PSMA  
Thyrosin      Ga68-DOTATATE  
Cholin      andere:

**Klinische Angaben, Risiken und Besonderheiten, Vorerkrankungen, Therapien, OP's.**

Pat. ist schwanger  
Patientin stillt  
Schwere Allergie bekannt  
welche:  
Hyperthyreose  
Diabetes  
Niereninsuffizienz

Kreatinin:  
vom Datum:

**Fragestellung**

**Datum**

**Unterschrift**

Radiologie und Nuklearmedizin Luzern  
Chefarzt: PD Dr. J. E. Roos

Anmeldung: nuk@luks.ch  
Telefon 041 205 46 67  
Fax 041 205 21 75

## Einverständniserklärung PET/CT

Damit wir spezielle Risiken besser erkennen können, beantworten Sie bitte folgende Fragen:

1. Sind Sie Diabetiker (Blutzuckerkrank)?

Ja      Nein

Wenn ja, welche Medikamente gegen Diabetes nehmen Sie ein:

orale Antidiabetika z.B. Metformin

Insulin

2. Wurden Sie schon einmal mit einem Röntgenkontrastmittel untersucht?

Ja      Nein

wenn ja:  
in welchem Jahr?

wo?

welches Organ?

wenn ja:  
traten dabei Probleme wie z.B. Kreislaufreaktionen, Schock, Hautausschlag, Übelkeit, Juckreiz auf?

3. Besteht eine Allergie oder eine Überempfindlichkeit? (z.B. gegen Medikamente, Kontrastmittel oder Jod?)

Ja      Nein

4. Sind bei Ihnen Nierenfunktionsstörungen bekannt?

Ja      Nein

5. Liegt eine Schilddrüsenerkrankung vor?

Ja  Nein welche:

wenn ja mit:

Überfunktion      Unterfunktion      normale Funktion

6. Frauen im gebärfähigen Alter:

Könnten Sie schwanger sein?

Stillen Sie?

Ja      Nein

### Einwilligungserklärung

Ich bin über den Ablauf, die Risiken und möglichen Komplikationen der Untersuchung aufgeklärt worden. Ich habe das Informationsblatt gelesen und verstanden. Ich habe keine weiteren Fragen und willige nach angemessener Bedenkzeit in die Untersuchung ein.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes